

## L 9 VE 25/13

Land

Freistaat Sachsen

Sozialgericht

Sächsisches LSG

Sachgebiet

Entschädigungs-/Schwerbehindertenrecht

Abteilung

9

1. Instanz

SG Chemnitz (FSS)

Aktenzeichen

S 8 VJ 4/07

Datum

07.08.2013

2. Instanz

Sächsisches LSG

Aktenzeichen

L 9 VE 25/13

Datum

16.02.2017

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

§ 1 Abs. 1 Anti-D-Hilfegesetz

Anerkennung eines höheren Grades der Schädigungsfolgen bei Osteoporose als Folge einer chronischen Hepatitis C nach Anti-D-Immunprophylaxe

Osteoporose kann als Schädigungsfolge einer chronischen Hepatitis nach Anti-D- Immunprophylaxe anerkannt werden, wenn im Einzelfall überwiegende Faktoren für einen hinreichenden Zusammenhang sprechen. Auch wenn eine chronische Hepatitis-Erkrankung nicht als Risikofaktor für eine Erkrankung an Osteoporose mit in der S3-Leitlinie 2013 zu Osteoporose aufgenommen ist, kann jedenfalls im Einzelfall die Erkrankung an Osteoporose als Folge einer Hepatitis-C-Erkrankung gleichwohl als Schädigungsfolge anerkannt werden.

Die fehlende Aufnahme der chronischen Hepatitis-C-Erkrankung als Risikofaktor in der S3-Leitlinie der DOV von 2013 schließt die Anerkennung der Osteoporose als Schädigungsfolge nicht generell aus.

I. Auf die Berufung wird der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Chemnitz vom 07.08.2013 aufgehoben. Der Beklagte wird verpflichtet, unter Abänderung des Bescheides des Amtes für Familie und Soziales Chemnitz vom 06.11.2006 in Gestalt des Widerspruchsbescheides des Sächsischen Landesamtes für Familie und Soziales vom 06.08.2007 in der Fassung der angenommenen Teilanerkennnisse vom 11.05.2009 sowie vom 29.09.2011 bei der Klägerin die Osteoporose als weitere Schädigungsfolge anzuerkennen und einen Gesamt-GdS in Höhe von 60 ab dem 27.01.2003 und in Höhe von 70 ab Januar 2015 festzustellen und entsprechend höhere Versorgungsleistungen zu zahlen.

II. Der Beklagte trägt die außergerichtlichen Kosten der Klägerin für beide Instanzen.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Anerkennung eines höheren Grades der Schädigungsfolgen als 50 ab dem 27.01.2003 bei anerkannter chronischer Hepatitis-C-Erkrankung nach Anti-D-Immunprophylaxe mit verunreinigtem Wirkstoff.

Die 1948 geborene Klägerin erhielt am 18.12.1978 nach der Geburt ihrer Tochter eine Anti-D-Immunprophylaxe mit verunreinigtem Wirkstoff, der Hepatitisviren enthielt. Seitdem leidet die Klägerin an einer chronischen Hepatitis C Mit Bescheinigung der Hygiene-Inspektion der Stadt Z ... vom 09.04.1979 wurde die Hepatitiserkrankung der Klägerin als Gesundheitsschädigung auf der Grundlage der Zweiten Durchführungsbestimmung zum Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten beim Menschen vom 27.02.1975 - Schutzimpfungen und andere Schutzanwendungen - (GBl. I Nr. 21, S. 253) anerkannt. Der Körperschaden betrug 20%.

Mit Schreiben vom 22. September 1993 beantragte die Klägerin Versorgungsleistungen aufgrund ihrer chronischen Hepatitis C. Mit Bescheid vom 08.06.1995 erkannte das zuständige Versorgungsamt des Amtes für Familie und Soziales Y ... eine chronische Hepatitis C mit einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) - nunmehr Grad der Schädigungsfolgen (GdS) gemäß § 51 Bundes-Seuchengesetz (BSeuchG) an. Ab dem 03.10.1990 bewilligte es der Klägerin eine Grundrente nach einer MdE von 30 v.H. Mit Bescheid vom 22.05.2002 wurde der GdS von 30 ab dem 01.01.2000 nach dem Gesetz über die Hilfe für durch Anti-D-Immunprophylaxe mit dem Hepatitis-C-Virusinfizierte Personen - Anti-D-Hilfegesetz - für endgültig erklärt.

Mit Schreiben vom 10.11.2005 beantragte die Klägerin eine Erhöhung des GdS auf mindestens 50, da sie inzwischen zusätzlich an einer Depression und einer heparitisbedingten Osteoporose leide.

Es erfolgte im Rahmen der Ermittlungen die Beiziehung zahlreicher Befundberichte, ein Gutachten der BfA durch Dr. X ... zur weiteren beruflichen Einsatzfähigkeit der Klägerin, sowie auch im Auftrag der BfA auf psychiatrischen Fachgebiet ein Gutachten vom 01.03.2006 von Dr. M. W ... Danach bezog die Klägerin ab dem 01.03.2005 Rente wegen voller Erwerbsminderung. Nach einer versorgungsärztlichen Begutachtung durch Dr. R. V ..., Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie, empfahl diese die Gewährung einer Gesamt-MdE von 40 v.H.

Mit Bescheid vom 06.11.2006 stellte das Versorgungsamt des Amtes für Familie und Soziales Y ... bei der Klägerin mit Wirkung zum 01.05.2004 nach § 48 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) einen GdS von 40 fest. Als Gesundheitsstörungen erkannte es eine chronische Hepatitis mit einem Einzel-GdS von 30 und eine depressiv-phobische Symptomatik mit Somatisierungsneigung mit einem Einzel-GdS von 20 an. Insgesamt bewilligte das Versorgungsamt der Klägerin einen GdS von 40.

In dem hiergegen eingelegten Widerspruch wandte sich die Klägerin insbesondere gegen die Nichtberücksichtigung der Osteoporose und die zu geringe Bewertung der psychischen Beeinträchtigung. Sie sei bereits seit April 2003 in psychotherapeutischer Behandlung. Mit Widerspruchsbescheid vom 06.08.2007 wies das Landesversorgungsamt den Widerspruch der Klägerin als unbegründet zurück. Die Osteoporose sei als schädigungsfremd anzusehen und daher nicht zu berücksichtigen. Das Ausmaß der extrahepatischen Beschwerden sei nicht so gravierend, dass es eine höhere MdE rechtfertigen würde.

Hiergegen hat die Klägerin am 05.09.2007 beim Sozialgericht Chemnitz (SG) Klage erhoben und eine MdE von mindestens 50 v.H. ab dem 27.01.2003 begehrt. Die Entwicklung der Osteoporose bei ihr sei auf die Interferontherapie zurückzuführen. Die Osteoporose habe sich sogar trotz medikamentöser Behandlung weiter verschlimmert. Sie befinde sich seit dem Jahr 2000 wegen Depressionen bei Dr. U ... in Behandlung und schon seit März 2004 nehme sie Antidepressiva ein.

Mit Schreiben vom 01.08.2008 hat das Gericht dem Prozessbevollmächtigten der Klägerin mitgeteilt, dass auf Beklagtenseite ein gesetzlicher Beteiligtenwechsel eingetreten sei. Für Aufgaben nach dem BVG und die weiteren sozialen Entschädigungsgesetze sei gemäß §§ 1, 7 Sächsisches DurchführungsgesetzBVG (SächsDGBVG) i.V.m. § 3 Abs. 1 Nr. 5 des Gesetzes über den Kommunalen Sozialverband der KSV Sachsen mit Wirkung zum 01.08.2008 zuständig.

Mit Schriftsatz vom 11.05.2009 hat der Beklagte ein Teilanerkennnisangebot dahingehend abgegeben, dass ab Januar 2003 ein GdS von 40 anerkannt werde.

In einer ärztlichen Stellungnahme vom 25.05.2009 hat Prof. Dr. T ... von der Universität I ... darauf hingewiesen, dass Hepatitis C grundsätzlich kein Risikofaktor für eine Osteoporose sei, sondern erst beim Bestehen einer Leberzirrhose als Folgekomplikation der Hepatitis C. Bei der Klägerin sei im November 2003 jedoch eine Leberzirrhose ausgeschlossen worden. Allerdings sei eine Gewichtsabnahme von 8 kg im Rahmen der antiviralen Therapie 2003 und 2004 beachtlich. Die Klägerin wiege 49 kg bei 1,70 m Körpergröße. Dieses Untergewicht stelle einen starken Risikofaktor für die Osteoporose dar. Im zeitlichen Zusammenhang mit der antiviralen Therapie 2003 und 2004 sei im Jahr 2003 bei der Klägerin eine erste osteoporosebedingte Wirbelkörperfraktur festgestellt worden.

Mit Schreiben vom 07.08.2009 hat DM S ... versorgungsmedizinisch Stellung genommen. Bereits vor der Interferontherapie ab Oktober 2003 habe ein kritischer BMI bestanden. Im Juli 1998 habe der BMI 18,6 betragen, im Juli 2003 17,3 und im Dezember 2004 15,9. Ein Kausalzusammenhang zwischen Interferontherapie und Osteoporose sei ausgeschlossen.

Mit Schreiben vom 11.10.2009 hat die Klägerin klargestellt, dass sie bereits seit 1979 wegen der Hepatitis unter Übelkeit und Gewichtsverlust gelitten habe.

Nach Beiziehung zahlreicher Befundberichte durch das Gericht hat Dr. R ..., Facharzt für Chirurgie, am 24.02.2010 eine gutachterliche Stellungnahme verfasst, in welcher er sich zur Frage der Ursächlichkeit von chronischer Hepatitis für eine Erkrankung an Osteoporose geäußert hat. Es gebe keinen wissenschaftlichen Beleg für einen Zusammenhang zwischen einer Interferonbehandlung und Osteoporose bzw. zwischen Hepatitis C und einem Arthrosrisiko.

Am 04.05.2010 hat Dr. Q ... versorgungsärztlich einen Zusammenhang zwischen Osteoporose und chronischer Hepatitis ausgeschlossen. Hierfür wäre ein hepatorenales Syndrom (sekundäre Nierenschädigung durch Lebererkrankung) erforderlich, welches bei der Klägerin aber nicht vorliege.

In einem gemäß § 106 SGG eingeholten Gutachten von Prof. Dr. K ..., Facharzt für Inneres, Leiter der Sektion Hepatologie, Universitätsklinikum K ..., vom 21.01.2011 hat dieser als Folge der Anti-D-Immunprophylaxe eine chronische Hepatitis C mit dauerhaft nicht geringer entzündlicher Aktivität durch die Hepatitis C-Infektion festgestellt. Er hat die Hepatitis C mit beginnender Leberfibrose mit einem Einzel-GdS von 30, die Depressionen mit phobischer Komponente mit einem Einzel-GdS von 20 sowie die Osteoporose mit einem Einzel-GdS von 20, eine Kachexie (Bodymassindex: 16,1) sowie einen Pruritus bei der Klägerin bewertet. Nach neuesten Studien stelle eine Hepatitis C auch ohne Leberzirrhose einen Risikofaktor für die Entwicklung einer Osteoporose dar. Eine Mitverursachung der schweren Osteoporose durch die Hepatitis C könne angenommen werden. Dies sei sogar trotz der familiären Vorbelastung der Klägerin (Osteoporose des Vaters) wegen des jungen Alters der Klägerin (54 Jahre) bei auftretender Osteoporose der Fall. Aufgrund der aktuellen Symptomatik mit mittelgradiger funktioneller Auswirkung vornehmlich im Bereich der Brustwirbelsäule mit anhaltender Bewegungseinschränkung sei von einem GdS von 20 v. H. für die Osteoporose auszugehen. Bei dem Pruritus handele es sich um eine mittelbare Folge der Hepatitis C im Zusammenhang mit den psychischen Beeinträchtigungen. Die bei der Klägerin ebenfalls diagnostizierte Migräne sei nicht ursächlich auf die Hepatitis C zurückzuführen. Insgesamt sei der GdS mit 50 zu bewerten.

In einer ergänzenden Stellungnahme vom 04.08.2011 hat Prof. Dr. K ... ausgeführt, dass bezugnehmend auf ein Leberpunkat von Prof. Dr. P ... aus dem Jahr 2003 lediglich eine geringe Floridität bestanden habe. Aufgrund der geringen nekro-inflammatorischen Aktivität und unter Berücksichtigung der bei der Klägerin festgestellten starken Fibrose betrage der GdS für die chronische Hepatitis C unter Anwendung der Anhaltspunkte (AHP) 30. Bezüglich der Depressionen seien auch andere Faktoren wie berufliche Belastung und Wendezeit relevant. Die Hepatitis C-Erkrankung sei nicht alleinige Ursache für die bestehenden psychischen Beeinträchtigungen. Die Pruritis sei im Zusammenhang mit den Depressionen zu sehen und bereits in dem für die seelische Störung vergebenen GdS erfasst. Die Einstufung der Depressionen mit

einem Einzel-GdS von 20 sei in Anlehnung an das Fachgutachten von Frau Dr. V ... vom 17.10.2006 erfolgt.

Mit Schriftsatz vom 29.09.2011 hat der Beklagte ein Teilerkenntnisangebot ab Januar 2003 mit einem GdS von 50 bei einem Einzel-GdS von 40 für die chronische Hepatitis C-Infektion und einem Einzel-GdS von 20 für die depressiv-phobische Symptomatik und Somatisierungsneigung abgegeben, welches die Klägerin angenommen hat. Im Übrigen hat sie die Klage aufrechterhalten.

Auf Antrag der Klägerin gemäß § 109 SGG hat Prof. Dr. O ... am 20.12.2012 ein weiteres Sachverständigengutachten erstellt. Er hat den GdS von 2000 bis Dezember 2003 mit 40, und ab Januar 2004 bis aktuell mit 60 aufgrund einer Verschlimmerung der Osteoporose im Jahr 2003 bewertet. Auch nach seiner Auffassung stehe die Osteoporose im Zusammenhang mit der chronischen Hepatitis C.

In einer ergänzenden Stellungnahme vom 04.03.2013 hat Prof. Dr. K ... nochmals darauf hingewiesen, dass aktuelle medizinische Studien für einen Zusammenhang zwischen Osteoporose und Hepatitis C sprächen. Dies sei auch dann der Fall, wenn es – wie bei der Klägerin – keine Auffälligkeiten im Vitamin-D-Spiegel gebe. Unterstelle man, wie vom Gericht bei der Einholung der ergänzenden Stellungnahme angefordert – für die Hepatitis C einen Einzel-GdS von 40, betrage der Gesamt-GdS 60 unter Berücksichtigung der Depressionen und der Osteoporose ab Januar 2003.

In einer sozialmedizinischen Stellungnahme vom 08.05.2013 hat der Beklagte darauf hingewiesen, dass hypothetisch angenommene Ursachen beim Vorliegen mehrerer anerkannter Risikofaktoren nicht als wesentliche Ursache bewertet werden könnten. Bei der Klägerin sei ein normaler Vitamin-D-Spiegel festgestellt worden. Ein Zusammenhang zwischen der chronischen Hepatitis C und der Osteoporose sei damit nicht wahrscheinlich.

Mit Gerichtsbescheid vom 07.08.2013 hat das SG die Klage abgewiesen. Die Klägerin habe keinen Anspruch auf Feststellung eines höheren Grades der Schädigungsfolgen als 50 ab Januar 2003. Im Vergleich zu den Verhältnissen bei Erlass des Vorbescheides vom 22.05.2002 sei bei der Klägerin eine wesentliche Verschlimmerung in Form einer depressiv-phobischen Störung mit Somatisierungsneigung und eine Osteoporose eingetreten. Es könne dahingestellt bleiben, ob die Osteoporose infolge der Hepatitis C entstanden sei, denn auch unter Berücksichtigung der Osteoporose lasse sich kein höherer GdS als 50 begründen. Die Grunderkrankung in Form der chronischen Hepatitis C mit beginnender Leberfibrose sei mit einem Einzel-GdS von 30 korrekt bewertet. Ein GdS von 40 lasse sich entsprechend Nr. 16.10 der AHP nicht begründen. Die AHP entsprächen der Neuregelung durch die Versorgungsmedizinischen Grundsätze in Teil B Nr. 10.3.1 der VM Ohne Berücksichtigung der Osteoporose wäre der Gesamt-GdS wegen der hinzugetretenen seelischen Störung lediglich von ursprünglich 30 auf 40 zu erhöhen. Mit der Osteoporose lasse sich kein höherer GdS als 50 begründen. Die Osteoporose sei von allen Gutachtern übereinstimmend mit einem Einzel-GdS von 20 bewertet worden. Der Gesamt-GdS sei dann mit 50 zutreffend bewertet.

Gegen den dem Prozessbevollmächtigten der Klägerin am 21.08.2013 zugestellten Gerichtsbescheid hat dieser am 17.09.2013 Berufung beim Sächsischen Landessozialgericht eingelegt. Es sei streitig, ob die Osteoporose Folge der chronischen Hepatitis der Klägerin sei und zu welchem Gesamt-GdS sie im Fall der Klägerin führe. Die chronische Hepatitis sei höher zu bewerten. Der Gesamt-GdS der Klägerin sei wenigstens auf 60 ab Januar 2003 zu erhöhen.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Chemnitz vom 07.08.2013 aufzuheben und den Beklagten zu verpflichten, unter Abänderung des Bescheides des Amtes für Familie und Soziales Chemnitz vom 06.11.2006 in Gestalt des Widerspruchsbescheides des Sächsischen Landesamtes für Familie und Soziales vom 06.08.2007 in der Fassung der angenommenen Teilerkenntnisse vom 11.05.2009 sowie vom 29.09.2011 bei ihr die Osteoporose als weitere Schädigungsfolge anzuerkennen und ab dem 27.01.2003 einen GdS in Höhe von mindestens 60 festzustellen und entsprechend höhere Versorgungsleistungen zu zahlen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er hält die Ausführungen des erstinstanzlichen Gerichts für zutreffend. Ein Zusammenhang zwischen der Hepatitis C-Infektion und der Osteoporose-Erkrankung lasse sich nicht wahrscheinlich machen. Selbst wenn man –entgegen der Überzeugung des Beklagten einen Zusammenhang annähme, würde dies allenfalls eine Erhöhung des Gesamt-GdS auf 60 ab Januar 2015 begründen. Vorher lasse sich kein höherer GdS für die Klägerin aufgrund von nachgewiesenen Funktionsbeeinträchtigungen feststellen.

Auf Veranlassung des Senats hat Dr. J ..., Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie am 02.02.2015 ein Gutachten nach ambulanter Untersuchung der Klägerin erstellt. Als Diagnosen stellt er für die Klägerin eine bekannte Hepatitis C seit 1978, eine manifeste Osteoporose, bekannt seit Januar 2003, einen Zustand nach Fraktur der Wirbelkörper LWK 3, BWK 10/11, HWK 7 sowie eine Depression. Der Gutachter hat für den Wirbelsäulenbereich folgende Erhebungen gemacht:

"Finger-Boden-Abstand nicht messbar wegen Unbeweglichkeit im BWS- und LWS-Bereich. Kein Vorlaufphänomen (im Liegen getestet). BWS-Ott und LWS-Schober ebenfalls nicht messbar, da Wirbelsäule kaum mehr beweglich.

HWS: Beweglichkeit nach der Neutral-Null-Methode: Vor-/Rückneigung 50/0/20 Seitneigung rechts/links 10/0/10 Rotation rechts/links 30/0/30 Deutliche Bewegungseinschränkung vor allem in der Rotation und Seitneigung. Palpatorisch gesamte HWS druckschmerzempfindlich. Schulter-Nacken-Muskulatur nahezu kaum palpabel, da nicht vorhanden, somit deutliche Muskelatrophie.

BWS-LWS in Kombination: Beweglichkeit der BWS/LWS nach Neutral-Null-Methode: Vor-/Rückneigung 20/0/00 Seitneigung rechts/links, 10/0/10 endgradig auch schmerzhaft Rotation rechts/links 30/0/30 Somit ähnlich wie im Bereich der HWS erhebliche Bewegungseinschränkungen im Bereich der kombinierten BWS und LWS. Druckschmerzen im Bereich der gesamten Dornfortsatzreihe von Th4 bis L5 sowie auch paravertebral, vorwiegend im gesamten LWS-Bereich. Es zeigt sich eine massive Muskelverhärtung im Bereich der Rückenstrecker beidseits."

Er bewertet den Einzel-GdS der Hepatitis C mit 40 in Übereinstimmung mit der Einschätzung der Gutachter Prof. Dr. K ... sowie Prof. Dr. O ... Auch hinsichtlich der psychischen Folgen schätzt der Gutachter wie die vorherigen Gutachter den Befund mit 20 v.H. ein. Der Gesamt-GdS sei mit 50 angemessen bewertet. Die Osteoporose dürfe nicht mitberücksichtigt werden, da sie nicht direkt durch die Hepatitis verursacht sei. Zwar bestünden durchaus Diskussionspunkte für ein Pro und Kontra hinsichtlich einer Kausalität von Hepatitis C und Osteoporose. In der allgemeinen Expertenmeinung sowie Lehrmeinung gebe es dennoch keine eindeutigen Bekenntnisse oder Wahrscheinlichkeiten, die für eine Kausalität sprächen. Die Expertenmeinungen bezüglich eines ursächlichen Zusammenhangs zwischen der Entstehung einer Osteoporose durch vorbestehende Hepatitis C seien in der Diskussion. Dennoch sei momentan die einhellige Lehrmeinung, auch bezüglich der Expertenmeinung, dass ein wahrscheinlicher ursächlicher Zusammenhang zwischen einer bestehenden Hepatitis C und einer dadurch verursachten Osteoporose nicht gegeben sei.

Am 05.05.2015 hat Dr. J ... nochmals ergänzend Stellung genommen. Die Bedeutung der DVO-Leitlinie für Diagnostik und Therapie der Osteoporose sei unbestritten. Es handle sich um eine S3-Leitlinie mit höchster wissenschaftlicher Qualität und Wertigkeit. Diese Leitlinie zeige für Hepatitis C keine Ursächlichkeit.

Am 06.01.2016 hat Prof. Dr. K ... nochmals gutachterlich Stellung genommen. Die chronische Hepatitis C-Virusinfektion sei mit einer Reihe von extrahepatischen Manifestationen assoziiert und man spreche in diesem Zusammenhang auch von dem Hepatitis C-Virusyndrom. Die chronische Hepatitis C-Virus-Infektion erhöhe das Risiko für die Entwicklung einer Osteoporose signifikant nach neuesten wissenschaftlichen Studien. Die Tatsache, dass die Lebererkrankungen nicht als Risikofaktor für die Entwicklung einer sekundären Osteoporose in den entsprechenden Leitlinien aufgeführt würden, könne nicht als Beleg für eine fehlende Kausalität gewertet werden, sondern sei Folge einer allgemeinen (auch bei Hepatologen) Vernachlässigung des Problems der hepatischen Osteodystrophie. Die Bedeutung der chronischen Hepatitis für die Entwicklung der Osteoporose lasse sich vor allem bei Patienten in jüngerem Lebensalter nachweisen. Es liege ausreichend wissenschaftliche Literatur vor, die dafür spreche, dass mit hinreichend hoher Wahrscheinlichkeit die Virus-Infektion bei der Klägerin zur Entwicklung der Osteoporose in einem relativ jungen Lebensalter (54 Jahre) beigetragen habe.

Am 27.10.2016 hat Prof. Dr. C ..., Facharzt für Inneres, Immunologie, Osteologie, Direktor des Klinikums C ..., ein Gutachten nach Aktenlage für den Senat erstellt. Es sei gegenwärtig nicht gesicherte medizinische Lehrmeinung, dass eine Hepatitis C eine Osteoporose auslösen könne. Insofern sei die Beurteilung der Ursächlichkeit im Fall der Klägerin außerordentlich schwierig. Dennoch sei die Osteoporose evident, seien andere überzeugende Ursachen nicht ersichtlich und die vorhandenen validierten, für eine Osteoporose indikativen Risikofaktoren unmittelbar auf die chronische Hepatitis C zurückzuführen. Aus wissenschaftlicher Sicht sei heute davon auszugehen, dass eine chronische Hepatitis C eine Osteoporose auslösen könne. Die Diagnose "Osteoporose" könne auf direktem Weg nicht gestellt werden, da die trabekuläre Struktur der Spongiosa in keiner diagnostischen Maßnahme derzeit sicher abgebildet werden könne. Da das entscheidende klinische Problem der Osteoporose die Fraktur sei, müsse sich die Qualität einer Therapie an der Verhinderung von Frakturen, nicht an der Knochendichte messen lassen. Aus diesem Grund seien etwa seit 15 Jahren nahezu alle großen Therapiestudien auf diesen Endpunkt der Frakturverhinderung ausgelegt. Die Analyse solcher Studien (also Evidenzwissenschaft) habe zu der Erkenntnis von wiederkehrenden Eigenschaften geführt, die Patienten mit eintretenden Frakturen von solchen ohne Frakturen unterscheidet. Diese Eigenschaften würden als "Risikofaktoren" bezeichnet, wobei es sich hier um Risikofaktoren für den Eintritt einer Fraktur, nicht für das Vorliegen einer Osteoporose handle. Die gesamte heute durchgeführte Diagnose sei darauf gerichtet, das Vorhandensein solcher Risikofaktoren beim jeweiligen Individuum abzu prüfen und einzuwerten. Die beste verfügbare Übersicht von Risikofaktoren in Deutschland stelle die S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der Osteoporose des Dachverbandes deutschsprachiger osteologischer Fachgesellschaften (DVO) dar. Die Leitlinie sei das Ergebnis einer regelmäßig aktualisierten Metaanalyse aller verfügbaren publizierten Evidenz und umfasse in ihrer aktuellen Version von 2014 die Analyse von etwa 36.000 Literaturstellen. Auf die Leitlinie treffe der Begriff der "herrschenden medizinischen Lehrmeinung" zu. In der DVO-Leitlinie seien 36 unabhängige Risikofaktoren identifiziert und bewertet. In vielen Fällen sei es dabei möglich gewesen, der verfügbaren Evidenz auch Effektstärken der jeweiligen Risikofaktoren zuzumessen. Das dafür verwendete statistische Maß sei das des "relativen Risikos". In die Liste der identifizierten Risikofaktoren seien dabei solche aufgenommen, deren relatives Risiko mindestens 1,5 betragen habe. Dies schließe die Existenz von evidenten Risikofaktoren mit einem kleineren relativen Risiko nicht aus. Da die stärksten Risikofaktoren relative Risiken von 12 und mehr aufwiesen, sei eine solche Grenzziehung aus Gründen der klinischen Relevanz sinnvoll und mit Blick auf die unabhängige Wirkung verschiedener Risikofaktoren auch statistisch methodologisch statthaft. Im Hinblick auf die Frage der Ursächlichkeit der Hepatitis C-Erkrankung für eine Osteoporose sei zwischen den gegebenen Definitionen der Begrifflichkeit "Diagnose Osteoporose" und "Risikofaktor für osteoporotische Frakturen" zu differenzieren. Definiere man die "herrschende wissenschaftliche Lehrmeinung" im Fall der Osteoporose als das, was die jeweils aktuelle Version als die beste verfügbare Metaanalyse aller verfügbaren Evidenz wiedergebe, dann könne bis zum 31.12.2013 mit gutachterlicher Gültigkeit festgestellt werden, dass die Hepatitis C kein Risikofaktor für die Entwicklung einer osteoporotischen Fraktur gewesen sei. Allerdings mehrten sich auf der Ebene wissenschaftlicher Plausibilität die Hinweise auf einen induktiven Effekt einer Hepatitis C-Erkrankung für eine Osteoporose unabhängig vom Vitamin D-Spiegel und unabhängig von der Leberfunktion. Der Gutachter würde wissenschaftlich heute eine osteoporoseinduzierende Potenz einer chronischen Hepatitis C unabhängig von Vitamin D-Mangel und unabhängig von einer Leberinsuffizienz pathophysiologisch bejahen. Die prädiaktive Potenz würde er mit einem relativen Risiko von 2 verorten. Zusammenfassend gelangt der Gutachter zu der Einschätzung, dass die Wirbelkörperfrakturen der Klägerin in den Jahren 2003 und 2011 als inadäquate Frakturen nach Niedrigenergetrauma stark indikativ für eine Osteoporose zu werten seien. Hingegen genügten die aktenkundigen Daten nicht, um eine Osteoporose beim Vater der Klägerin anzunehmen und daher von einer genetische Prädisposition bei der Klägerin auszugehen. Auch der niedrige BMI der Klägerin spreche nach Überzeugung des Gutachters dafür, von einer Entwicklung der Kachexie als direkte Folge der Hepatitis C und damit ursächliche Folge der Infektion zu sprechen. Die deutlich erniedrigte Knochendichte sei in ihrem Verhalten über den dokumentierten Zeitraum von 11 Jahren schwierig zu beurteilen. Naturgemäß fehlten Messungen vor dem ersten Frakturereignis, also vor 2003, die das Verhalten der Knochendichte besser verständlich machen würden. Die aus der Aktendatenlage erkennbare wahrscheinlichste Ursache sowohl für den Körpermassen- als auch den Knochendichteverlust stelle die chronische Hepatitis C dar. Zumindest seien andere Ursachen nicht erkennbar. Der Gutachter geht vom Vorliegen einer Osteoporose aus, die nach Abwägung aller Momente auf die chronische Hepatitis als wahrscheinlichste Ursache zurückzuführen sei. Zwar nenne die DVO-Leitlinie und damit die herrschende medizinische Lehrmeinung die chronische Hepatitis nicht als Ursache für eine Osteoporose. Es sei jedoch nicht statthaft, daraus zu schlussfolgern, dass die chronische Hepatitis keine Ursache für eine Osteoporose sein könne, denn die herrschende medizinische Lehrmeinung habe eine solche Ursächlichkeit auch nicht ausgeschlossen, sondern sich aufgrund mangelnder Evidenz noch nicht abschließend damit befasst. Hinsichtlich der Bewertung teilt der Gutachter die Einschätzung der Vorgutachter, dass die chronische Hepatitis mit einem GdS von 40 zu bewerten ist, da eine mäßige Floridität der Inflammatorik und eine mäßige bis starke Ausprägung der Fibrosierung vorliegt. Die depressive Erkrankung und

Somatisierungsstörung sei auch aus seiner Sicht mit einem Einzel-GdS von 20 zu bewerten. Die extrahepatische Manifestation der Arthralgien und Myalgien, finde in dem Grad der Schädigungsfolgen keinen eigenen Niederschlag, sie sei mit in der Bewertung der Hepatitis enthalten. Die Osteoporose und insbesondere ihre Frakturfolgen sei mit einem Einzel-GdS von 20 für die Zeit ab 2003 (BWK 11-Fraktur) bis 2011 (LWK 3-Fraktur) zu bewerten. Ab Dezember 2011 halte er einen Einzel GdS von 30 (mittelgradige Funktionseinschränkung in zwei Wirbelsäulenabschnitten) für angemessen. Daraus resultiere ein Gesamt-GdS von 60 für die Zeit ab 2003 bis einschließlich November 2011 und ab Dezember 2011 ein Gesamt-GdS von 70.

Am 13.01.2017 hat der Beklagte nach Einholung einer versorgungsmedizinischen Stellungnahme von Dr. Q ... nochmals Stellung genommen. Die geltende Lehrmeinung, wonach kein ursächlicher Zusammenhang zwischen bestehender Hepatitis C und dadurch verursachter Osteoporose mit Wahrscheinlichkeit bestehe, müsse Anwendung finden. Sofern das Gericht einen kausalen Zusammenhang zwischen der Hepatitis C und der Osteoporose für wahrscheinlich ansehe, wäre aus sozialmedizinischer Sicht ab 2003 für die Osteoporose ein Teil-GdS von 20 bei Gesamt-GdS 50 und ab 01/2015 ein Teil-GdS von 30 bei Gesamt-GdS 60 angemessen. Für eine Erhöhung ab 2011 bedürfe es weiterer Begründung der Funktionsbeeinträchtigungen.

Dem Senat lagen die Verwaltungs- und Gerichtsakten beider Instanzen vor. Ihr Inhalt war Gegenstand der Beratung und Entscheidungsfindung. Auf die im Verwaltungsverfahren sowie in beiden Instanzen eingeholten medizinischen Unterlagen, den Parteivortrag sowie die in den Gutachten genannten medizinischen Fundstellen wird ausdrücklich Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist begründet. Das Urteil des SG Chemnitz vom 07.08.2013 war aufzuheben und der Klage stattzugeben. Der Bescheid vom 06.11.2006 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 06.08.2007 unter Berücksichtigung der im Gerichtsverfahren abgegebenen Teilerkenntnisse vom 11.05.2009 und 29.09.2011 ist rechtswidrig und verletzt die Klägerin in ihren Rechten. Bei der Klägerin ist ein GdS von 60 ab Januar 2003, von 70 ab Januar 2015 festzustellen.

Der Klageantrag ist als kombinierte Anfechtungs-, Verpflichtungs- und Leistungsklage auszulegen.

Anspruchsgrundlage für eine Erhöhung des Grades der Schädigungsfolgen ist [§ 48 Abs. 1 SGB X](#) in Verbindung mit § 1 Abs. 1 Anti-D-Hilfegesetz (AntiDHG). Soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die bei Erlass eines Verwaltungsaktes mit Dauerwirkung vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt, ist der Verwaltungsakt mit Wirkung für die Zukunft aufzuheben. Der Verwaltungsakt soll ab Zeitpunkt der Änderung der Verhältnisse aufgehoben werden, wenn die Änderung zugunsten des Betroffenen erfolgt ([§ 48 Abs. 1 Satz 1](#) und 2 Nr. 1 SGB X).

Gemäß § 1 Abs. 1 Anti-DHG erhalten Frauen, die in dem in Art. 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet infolge einer in den Jahren 1978 und 1979 durchgeführten Anti-D-Immunprophylaxe mit bestimmten Chargen des Bezirksinstituts für Blutspende- und Transfusionswesen des Bezirkes Halle mit dem Hepatitis-C-Virus infiziert wurden, aus humanitären und sozialen Gründen Krankenbehandlung und eine finanzielle Hilfe. Die finanzielle Hilfe setzt gemäß § 3 Abs. 2 Anti-DHG einen Grad der Schädigungsfolgen (GdS) von 30 voraus. Der GdS bestimmt sich nach § 30 Abs. 1 und § 31 Abs. 2 des Bundesversorgungsgesetzes (§ 3 Abs. 4 Anti-DHG). Danach ist der GdS nach den allgemeinen Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen, die durch die als Schädigungsfolge anerkannten körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitsstörungen bedingt sind, in allen Lebensbereichen zu beurteilen. Nach früherer Rechtslage war der GdS unter Heranziehung der Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (AHP) in ihrer jeweils geltenden Fassung festzulegen (BSG, SozR 3-3870, § 3 Nr. 5, bestätigt durch Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 06.03.1995, [SozR 3-3870 § 3 Nr. 6](#)). Zwar beruhen die AHP weder auf dem Gesetz noch auf einer Verordnung oder auch nur auf Verwaltungsvorschriften, so dass sie keinerlei Normqualität hatten, dennoch waren sie als antizipierte Sachverständigengutachten anzusehen, die in der Praxis wie Richtlinien für die ärztliche Gutachtertätigkeit wirkten, deshalb normähnliche Auswirkungen hatten und im Interesse einer gleichmäßigen Rechtsanwendung wie untergesetzliche Normen von den Gerichten anzuwenden waren. Daraus folgte: Die AHP unterlagen nur einer eingeschränkten Kontrolle durch die Gerichte und konnten nicht durch Einzelfallgutachten hinsichtlich ihrer generellen Richtigkeit widerlegt werden. Es galten die Prüfmaßstäbe wie bei der Prüfung untergesetzlicher Normen, d. h. die Rechtskontrolle beschränkte sich auf die Vereinbarung der AHP mit höherrangigem Recht und Fragen der Gleichbehandlung (BSG, [SozR 3-3870 § 4 Nr. 19](#)). Auf der Grundlage des § 30 Abs. 17 des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) trat ab dem 01.01.2009 die Versorgungsmedizinverordnung (VersmedV) in Kraft. Sie regelt die Grundsätze für die medizinische Bewertung von Schädigungsfolgen und die Feststellung des Grades der Schädigungsfolgen im Sinne des § 30 Abs. 1 BVG, für die Anerkennung einer Gesundheitsstörung nach § 1 Abs. 3 BVG, die Kriterien für die Bewertung der Hilflosigkeit und der Stufen der Pflegezulage nach § 35 Abs. 1 BVG und das Verfahren für deren Ermittlung und Fortentwicklung. Gemäß § 2 der VersmedV sind die in § 1 genannten Grundsätze und Kriterien in der Anlage zu dieser Verordnung als deren Bestandteil festgelegt. Die Anlage wird auf der Grundlage des aktuellen Standes der medizinischen Wissenschaft und der Anwendung der Grundsätze der evidenzbasierten Medizin erstellt und fortentwickelt. Die in den AHP niedergelegten Vorgaben zur Bestimmung des GdB und des Grades der Schädigungsfolgen (GdS) wurden nahezu vollständig in die Anlage zu § 2 der Versorgungsmedizinverordnung übernommen. Gemäß [§ 69 Abs. 1 Satz 5 SGB IX](#) gelten die Maßstäbe des § 30 Abs. 1 BVG und der aufgrund des § 30 Abs. 17 BVG erlassenen Rechtsverordnung entsprechend.

Sämtliche Tatbestandsvoraussetzungen müssen im Vollbeweis feststehen. Die drei Glieder der Kette müssen kausal miteinander verbunden sein. Ein haftungsausfüllender Kausalzusammenhang liegt nach der im sozialen Entschädigungsrecht anzuwendenden Theorie der wesentlichen Bedingung vor, wenn die Schädigung im naturwissenschaftlich-philosophischen Sinne Bedingung der als Schädigungsfolge geltend gemachten Gesundheitsstörung ist und wenn darüber hinaus die Schädigung wegen ihrer besonderen Beziehung zur geltend gemachten Gesundheitsstörung bei deren Eintritt wesentlich mitgewirkt hat. Die Schädigung ist danach bereits dann naturwissenschaftlich kausal für eine Gesundheitsstörung, wenn sie nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass die Gesundheitsstörung in ihrer konkreten Form entfällt. (conditio sine qua non), das heißt, wenn ohne die Schädigung die geltend gemachte Gesundheitsstörung nicht zur etwa selben Zeit in etwa gleicher Ausprägung vorhanden wäre. Wesentlich ist eine derart kausale Schädigung für den Eintritt der Gesundheitsstörung aber nur, wenn sie bei rechtlicher Wertung anhand aller Umstände des Einzelfalls neben anderen, ebenfalls naturwissenschaftlich kausalen Bedingungen als annähernd gleichwertige Bedingung für den Eintritt der Gesundheitsstörung anzusehen ist. Kommt einer anderen Bedingung hingegen gegen über der Schädigung die überragende Bedeutung zu, so ist diese Bedingung und nicht die Schädigung alleinige

Ursache im Rechtssinn. Der so zu bestimmende Kausalzusammenhang muss allerdings nicht durch einen Vollbeweis, d.h. mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, festgestellt werden, sondern es genügt eine hinreichende Wahrscheinlichkeit in dem Sinne, dass –stets gestützt auf die herrschende medizinische Lehrmeinung – bei vernünftiger Abwägung aller Umstände den für den Ursachenzusammenhang sprechenden Umständen ein deutliches Übergewicht gegenüber den dagegensprechenden Umständen zukommt. Die bloße Möglichkeit, dass ein ursächlicher Zusammenhang besteht, ist hingegen nicht ausreichend. Demgegenüber müssend die für und gegen den Zusammenhang sprechenden Gesichtspunkte selbst, mithin die der Kausalitätsbeurteilung zugrunde liegenden Umstände ebenso wie das schädigende Ereignis (hier: Anti-D-Prophylaxe), der Primärschaden (hier: Hepatitis-C-Infektion) und die Schädigungsfolgen als solche (die geltend gemachten Gesundheitsstörungen) im Vollbeweis gesichert sein.

Die Feststellung des ursächlichen Zusammenhangs zwischen der Anti-D-Prophylaxe und der chronischen Hepatitis C richtet sich nach § 1 Abs. 3 Satz 1 BVG in entsprechender Anwendung. Das Anti-D-Hilfegesetz enthält insoweit ein Lücke, weil der Gesetzgeber vorausgesetzt hat, dass die "durch die Hepatitis-C—Virus-Infektion verursachten gesundheitlichen Folgen" den gesundheitlichen Folgen der Schädigung im Sinne des § 1 Abs. 1 BVG entsprechen, ohne aber die Beweisanforderungen an den Ursachenzusammenhang zu regeln. Diese Lücke ist durch die entsprechende Anwendung des § 1 Abs. 3 Satz 1 BVG zu schließen, weil diese Vorschrift einen im gesamten sozialen Entschädigungsrecht als Normalfall geltenden Grundsatz zum Ausdruck bringt. Nach der Rechtsprechung zu § 1 Abs. 3 Satz 1 BVG (vgl. BSG, Urteil v. 08.08.2001 – [B 9 V 23/01 B](#) - juris) ist die erforderliche Wahrscheinlichkeit gegeben, wenn nach der geltenden ärztlichen Lehrmeinung mehr für als gegen den ursächlichen Zusammenhang spricht. Es genügt nicht, wenn ein ursächlicher Zusammenhang nur möglich ist.

Im Vergleich zu den Verhältnissen bei Erlass des Vorbescheides vom 22.05.2002 sind bei der Klägerin als wesentliche Verschlimmerung zu der bereits vorhandenen chronischen Hepatitis C (vgl. unten 1.) eine Osteoporose (vgl. unten 2.), sowie eine seelische Störung in Form von Depressionen mit phobischer Komponente (vgl. unten 3.) hinzugekommen.

1. Bei der Klägerin liegt eine chronische Hepatitis C mit im Jahr 2003 geringer nekroinflammatorischer Floridität sowie damals bereits mit mäßiger Ausprägung einer Fibrose vor. Dies steht zur Überzeugung des Senats aufgrund der schlüssigen und überzeugenden Ausführungen der Gutachter Prof. Dr. K ..., Prof. Dr. O ... sowie Prof. Dr. C ... einschließlich der Versorgungsmedizinerin Dr. Q ... fest. Bei der Klägerin besteht inzwischen eine mäßige Floridität der Inflammatorik und eine mäßige bis starke Ausprägung der Fibrosierung. Zwischen der Schädigung in Form der chronischen Hepatitis-C-Infektion und der Anti-D-Immunitätsprophylaxe besteht haftungsausfüllender Kausalzusammenhang. Dies hat der Beklagte in sämtlichen Bescheiden vom 22.05.2002, vom 06.11.2006 und in den Teilanerkennnissen vom 11.05.2009 sowie vom 29.09.2011 seinen Entscheidungen zugrunde gelegt. Hieran besteht kein Zweifel, die Infektion mit dem Hepatitis C-Virus ist mit der erforderlichen überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf die Impfung mit der Anti-D-Prophylaxe zurückzuführen.

Die Grunderkrankung in Form der chronischen Hepatitis C mit mäßiger Leberfibrose ist ab Januar 2003 mit einem Einzel-GdS von 40 entsprechend Nr. 26.10 der AHP bzw. Teil B 10.3.1 der Anlage zu § 2 VersMedV vom 10.12.2008 korrekt bewertet. Dort sind in identischem Wortlaut für eine chronische Hepatitis folgende Schädigungsgrade vorgesehen: - ohne (klinisch-) entzündliche Aktivität ehemals: chronische Hepatitis ohne Progression 20 - mit geringer (klinisch-) entzündlicher Aktivität ehemals: chronische Hepatitis mit Progression, gering entzündliche Aktivität ...30 - mit mäßiger (klinisch-) entzündlicher Aktivität ehemals: chronische Hepatitis mit Progression, mäßig entzündliche Aktivität ...40 Bei Vorliegen eines histologischen Befundes gelten für die Virushepatitiden folgende Besonderheiten: Die histopathologische Bewertung der chronischen viralen Hepatitis umfasst die nekroinflammatorische Aktivität (Grading) und den Grad der Fibrose (Staging). Sie ergibt sich wie die GdB/GdS-Bewertung aus folgender Tabelle, wobei die genannten GdB/GdS-Werte die üblichen klinischen Auswirkungen mit umfassen.

Nekroinflammatorische 0 bis geringe Fibrose mäßige Fibrose starke Fibrose Aktivität

gering 20 20 30 mäßig 30 40 40 stark 50 60 70

..." Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze ist die chronische Hepatitis der Klägerin, die zunächst eine mäßige nekroinflammatorische Floridität –entsprechend dem Grading 06- aufwies und die Fibrose, die im Jahr 2003 bereits stark ausgeprägt war –entsprechend dem Staging 03- mit einem GdS von 40 zutreffend bewertet. Auch die neuesten Befunde aus den Jahren 2011 und 2015 haben kein Fortschreiten der Hepatitis im Sinne einer Leberzirrhose gezeigt, so dass aus diesem Grund die Bewertung weiterhin zutreffend ist. Der Senat folgt hierbei den schlüssigen und überzeugenden Einschätzungen der Gutachter Prof. K ... (S. 513), Prof. C ... (S. 742), Prof. Dr. P ... (Bl. 376 LSG-Akte: kein zirrhotischer Umbau erkennbar, 24.01.2011), Prof. O ... (S. 497), Dr. J ... (S. 17 seines Gutachtens, Bl. 647 LSG-Akte) sowie der Versorgungsärztin Dr. Q ... Die Bewertung entspricht den einschlägigen Regelungen der AHP, die nach der Neuregelung durch die Versorgungsmedizinischen Grundsätze der Bewertung unter Teil B Nr. 10.3.1 der VMG entsprechen. Die extrahepatische Manifestation der Arthralgien und Myalgien findet im Grad der Schädigungsfolgen keinen eigenen Niederschlag, sie ist vielmehr mit in der Bewertung der Hepatitis enthalten.

2. Bei der Klägerin besteht eine manifeste Osteoporose, die seit der Fraktur der Wirbelkörper BWK 10/11 im Januar 2003 bekannt ist. Des Weiteren besteht ein Zustand nach Frakturen, die sich im Dezember 2011 an LWK 3 sowie im Januar 2012 an HWK 7 ereigneten. Des Weiteren leidet die Klägerin an einer progredienten Knochendichteminderung trotz Therapie mit Kalzium, Vitamin D und wechselnden Bisphosphonaten.

Bezüglich der Osteoporose hält das Gericht entgegen der Beurteilung des erstinstanzlichen Gerichts einen Zusammenhang mit der Hepatitis-C-Erkrankung für hinreichend wahrscheinlich. Auch wenn die Hepatitis C-Viruserkrankung nicht in der S3-Leitlinie der DOV von 2013 als Risikofaktor für das Auftreten von Frakturen bei Osteoporose mit aufgenommen ist, so folgt der Senat doch der Einschätzung der Gutachter Prof. Dr. C ..., Prof. Dr. K ..., sowie Prof. Dr. O ..., die jeweils bei der Klägerin von einer hepatitisbedingten Osteoporose ausgehen, und damit die Osteoporose bei ihr als hinreichend wahrscheinliche Schädigungsfolge annehmen. Der Senat folgt den schlüssigen und überzeugenden Ausführungen insbesondere des Gutachters Prof. Dr. C ..., aber auch Prof. Dr. K ..., die jeweils im Fall der Klägerin von einer hinreichenden Wahrscheinlichkeit der Osteoporose-Erkrankung aufgrund der Hepatitis C ausgehen. Auch in Kenntnis der Tatsache, dass die Hepatitis C-Viruserkrankung nicht in der S3-Leitlinie mit aufgenommen ist, folgt der Senat nach eigener Meinungsbildung der Auffassung der Gutachter Prof. Dr. C ... sowie Prof. Dr. K ..., die unter Bezugnahme auf neuere wissenschaftliche Daten, die ein erhöhtes Risiko einer Fraktur

bei Osteoporose aufgrund der Hepatitis C-Virus-Erkrankung annehmen, speziell im Fall der Klägerin von überwiegenden Faktoren für einen hinreichenden Zusammenhang ausgehen. Zwar ist die Beurteilung der Ursächlichkeit in diesem Fall außerordentlich schwierig, eben weil die Hepatitis C nicht in der S3-Leitlinie zu Osteoporose mit aufgenommen ist, dennoch ist die Osteoporose bei der Klägerin evident und es sind die vorhandenen validierten, für eine Osteoporose indikativen Risikofaktoren unmittelbar auf die chronische Hepatitis C zurückzuführen. Auch wenn die DVO-Leitlinie, und damit die herrschende medizinische Lehrmeinung, die chronische Hepatitis nicht als Ursache für eine Osteoporose nennt, bedeutet dies nicht, dass es ausgeschlossen ist, die chronische Hepatitis als Ursache einer Osteoporose anzunehmen. Die herrschende medizinische Lehrmeinung hat eine solche Ursächlichkeit nicht ausgeschlossen, sondern sich aufgrund mangelnder Evidenz noch nicht abschließend damit befasst. Der Senat folgt nicht der Bewertung von Dr. J ..., der zwar Argumente pro und contra Anerkennung in neuerer Zeit im Hinblick auf die Anerkennung der Osteoporose als Folge der Hepatitis-C-Infektion nennt, aber die Anerkennung mangels Aufnahme in der S3-Leitlinie als der maßgeblichen wissenschaftlichen Meinung, ablehnt. Da die S3-Leitlinie kein Gesetz ist, ist sie eine Orientierung zur Beurteilung, nicht aber der alleinige Maßstab. Sofern, wie vorliegend, drei renommierte Gutachter zu der Einschätzung gelangt sind, dass die Osteoporose im Fall der Klägerin als schädigungsbedingt in Kenntnis der Leitlinie gleichwohl anzuerkennen sei, folgt der Senat deren einzelfallbezogener Einschätzung.

Bei der Klägerin hat die Osteoporose im Jahr 2003, d. h. im 55. Lebensjahr, zu einer ersten Wirbelkörperfraktur geführt. Eine weitere Wirbelkörperfraktur hat sich im Dezember 2011 ereignet. Die Wirbelkörperfrakturen 2003 und 2011 sind als inadäquate Frakturen nach Niedrigenergietrauma stark indikativ für eine Osteoporose zu werten. Der Senat folgt den schlüssigen und überzeugenden Ausführungen des Gutachters Prof. Dr. C ..., wonach die aktenkundigen Daten nicht genügen, um eine Osteoporose beim Vater der Klägerin anzunehmen und daher von einer genetischen Prädisposition bei der Klägerin auszugehen. Auch der niedrige BMI der Klägerin spricht dafür, von einer Entwicklung der Kachexie als direkter Folge der Hepatitis C und damit ursächlicher Folge der Infektion auszugehen. Auch hierbei folgt der Senat den schlüssigen und überzeugenden Ausführungen des Gutachters Prof. Dr. C ... Auch wenn die deutlich erniedrigte Knochendichte in ihrem Verhalten über den dokumentierten Zeitraum von 11 Jahren schwierig zu beurteilen ist, so ist doch die wahrscheinlichste Ursache für den Körpermassen- und den Knochendichteverlust in der chronischen Hepatitis C zu sehen. Andere Ursachen sind nicht erkennbar. Nach Abwägung aller Momente ist die Osteoporose der Klägerin auf die chronische Hepatitis als wahrscheinlichste Ursache zurückzuführen.

Die Osteoporose und insbesondere ihre Frakturfolgen sind mit einem Einzel-GdS von 20 für die Zeit ab 2003 (BWK 11-Fraktur) bis Januar 2015 zu bewerten. Der Senat folgt hierbei den gutachterlichen Einschätzungen von Prof. Dr. K ..., der die Klägerin im September 2010 untersucht hat und von einer unveränderten mittelgradigen Einschränkung mit deutlicher Verformung im Sinne einer Hyperkyphose der Brustwirbelsäule mit anhaltender Bewegungseinschränkung seit 2003 spricht. Auch der Beklagte geht von einer derartigen Einzel-GdS-Bewertung aus, auch wenn er nicht die Ursächlichkeit der Osteoporose aufgrund der Hepatitis C annimmt. Nach Anlage 2 VersMedV Nr. 18.9 sind Wirbelsäulenschäden mit mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität mittleren Grades, häufig rezidivierende und über Tage andauernde Wirbelsäulensyndrome) mit einem GdS von 20 zu bewerten. Ab Januar 2015 ist dann ein Einzel-GdS von 30 bei einer mittelgradigen Funktionseinschränkung in zwei Wirbelsäulenabschnitten gegeben. Der Senat legt hierfür die Erhebungen von Dr. J ..., Facharzt für Orthopädie, zugrunde, die dieser bei der Klägerin anhand seiner Untersuchung zu den Bewegungsmaßen im Rahmen seiner Begutachtung erhoben hat. Die Beschwerdesymptomatik im gesamten Rückenbereich, vordergründig in HWS und LWS ist zunehmend. Danach sind entsprechend Anlage 2 VersMedV Nr. 18.9 Wirbelsäulenschäden mit mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten mit einem GdS von 30 bis 40 zu bewerten. Auch der Beklagte nimmt diese Einzel-Bewertung vor. Die funktionellen Einschränkungen betreffen zumindest zwei Wirbelsäulenabschnitte ständig - nämlich die HWS sowie die LWS- und sind als mittelgradig anhand der Bewegungsmaße einzustufen. Da noch keine schweren Einschränkungen beschrieben sind, hält der Senat einen GdS von 30 für angemessen. Anhand der vorgelegten Befunde der Klägerin lässt sich allerdings ab Dezember 2011 noch kein Einzel-GdS von 30 für die Osteoporose nachweisen. Der Senat hebt an dieser Stelle hervor, dass er es zwar für möglich hält, dass die Funktionseinschränkungen der Wirbelsäule aufgrund der Osteoporose zu diesem Zeitpunkt bereits mittelgradig in zwei Wirbelsäulenabschnitten waren, ein diesbezüglicher Nachweis fehlt jedoch. Daher kann ein Einzel-GdS von 30 aufgrund der Osteoporose der Klägerin erst ab Januar 2015 festgestellt werden.

3. Des Weiteren liegt bei der Klägerin eine seelische Störung in Form von Depressionen mit phobischer Komponente vor, was einen Einzel-GdS von 20 begründet. Durch die Depression ist die Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit der Klägerin mäßig stark eingeschränkt. Die Klägerin ist noch in der Lage, ihr Alltagsleben aktiv zu gestalten und sich z. B. am Garten zu erfreuen. Auch wenn Rückzugstendenzen beschrieben werden, ist sie offen für soziale Kontakte. Im Vergleich zu den bei der nervenärztlichen Begutachtung von Frau Dr. V ..., Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie, vom 17.10.2006 beschriebenen Verhältnissen ist in der Folgezeit keine wesentliche Verschlimmerung eingetreten. Dementsprechend haben auch Prof. Dr. K ... und Prof. Dr. C ... bei ihren Begutachtungen keinen Anlass für eine anderweitige Beurteilung des GdS im Zusammenhang mit den psychischen Beeinträchtigungen der Klägerin gesehen. Ebenso wenig hat Prof. Dr. O ... in seinem Gutachten im Dezember 2012 eine wesentliche Verschlechterung auf psychiatrischem Fachgebiet beschrieben.

4. Bildung eines Gesamt-GdS: Ausgangspunkt der Bildung des Gesamt-GdS bildet die mit dem höchsten Einzel-GdS von 40 bewertete Grunderkrankung der Hepatitis C. Zusammen mit der gleichermaßen ab dieser Zeit im Ausmaß von 20 bekannten seelischen Erkrankung ergab sich bis dahin ein GdS von 50. Aufgrund der Anerkennung der schädigungsbedingten Osteoporose ist der Gesamt-GdS ab Januar 2003 auf 60 zu erhöhen. Alle Sachverständigen einschließlich des versorgungsmedizinischen Dienstes bewerten die Osteoporose für sich genommen zunächst ab Januar 2003 übereinstimmend mit einem Einzel-GdS von 20 und ab Januar 2015 dann mit 30. Der Senat hat keine Veranlassung, die Bewertung anzuzweifeln. Aufgrund der unterschiedlichen einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen ist der Gesamt-GdS dann ab Januar 2003 mit 60 zu beziffern. Die einzelnen Funktionsstörungen wirken sich durchaus nachteilig aufeinander aus, so dass eine Auswirkung in Form von weiteren 10 im Hinblick auf den Gesamt-GdS aus Sicht des Senats gerechtfertigt scheint. So hat Prof. Dr. K ... im Gutachten vom 21.01.2011 nach ambulanter Untersuchung die aktuelle Wirbelsäulen-Symptomatik als mittelgradige funktionelle Beeinträchtigung vornehmlich im Bereich der Brustwirbelsäule mit anhaltender Bewegungseinschränkung beschrieben. Diese Funktionsbeeinträchtigungen werden weder von der chronischen Hepatitis-C noch von den psychischen Gesundheitsstörungen der Klägerin überschneidend mit eingeschlossen. Sie wirken sich daher insgesamt GdS-erhöhend aus. Letztendlich begründete auch Prof. Dr. O ... seine GdS-Bewertung mit einer Verschlimmerung der Osteoporose 2003, was ab Januar 2004 eine GdS-Erhöhung rechtfertigte.

Die Versorgungsleistungen sind an die Klägerin entsprechend höher zu zahlen.

5. Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG. Der Beklagte trägt die außergerichtlichen Kosten der Klägerin für beide Instanzen, da die Klägerin mit ihrem Klagebegehren auf Erhöhung des Gesamt-GdS auf 60 ab Januar 2003 vollumfänglich obsiegt hat.

6. Die Revision war nicht zuzulassen. Zwar ist die Frage der Anerkennung einer Hepatitis C- bedingten Osteoporose noch nicht höchstrichterlich entschieden und die Hepatitis C in der S3-Leitlinie der DOV nicht mit als Risikofaktor für eine osteoporosebedingte Fraktur mit aufgenommen, jedoch haben sämtliche Gutachter in Kenntnis der S3-Leitlinie der DOV im Einzelfall der Klägerin unter Abwägung aller Faktoren eine schädigungsbedingte Verursachung der Osteoporose angenommen. Da es sich daher nicht um eine allgemeine, sondern vielmehr eine einzelfallbezogene Entscheidung handelt, hält der Senat die Zulassung der Revision nicht für notwendig.

Rechtskraft

Aus

Login

FSS

Saved

2017-04-03